



¿PREPARADOS PARA MORIR A LOS 75?

READY TO DIE AT 75?

ÁLVARO SANZ RUBIALES¹ <https://orcid.org/0000-0003-0594-3844>

MARÍA LUISA DEL VALLE RIVERO² <https://orcid.org/0000-0001-9727-5788>

LUCÍA MATEO OTERO³ <https://orcid.org/0009-0008-4273-1967>

1. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

2. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

3. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales. Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 2.
47012 Valladolid. asrubiales@hotmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Discapacidad,
Rechazo del
tratamiento, Edad

Recibido: 17/02/2024

Aceptado: 21/04/2025

El profesor Ezekiel J. Emanuel, un experto en cuestiones de bioética, ha manifestado su intención de rechazar los tratamientos que no sean meramente paliativos una vez que cumpla 75 años. Los argumentos con que lo justifica son que aumentar el tiempo de vida no supone un aumento paralelo de la calidad de vida, que las limitaciones de vivir a partir de esa edad suponen una carga también para la familia a la que, además, le queda como recuerdo una imagen más deteriorada de la persona y, por último, que definir un momento en que ya no se reciben más tratamientos es una manera de tener que afrontar con lucidez la cercanía de la muerte con lo que resulta más fácil reflexionar sobre el sentido de la vida. Esta decisión estoica, que nos quiere presentar como prudente y altruista, se puede entender también como una actitud utilitarista, ya que valora a la persona en función de sus capacidades, desproporcionada a la situación clínica, ya que no tiene en cuenta el pronóstico ni la adecuación de los posibles tratamientos, e individualista porque limita la valoración a la percepción subjetiva de cada uno. Aun así, las ideas que aparecen en el texto son sugerentes y justificarían que se puedan emplear como instrumento de debate en programas de docencia de bioética.

ABSTRACT:

Keywords:

Disability, Treatment
refusal, Age

Professor Ezekiel J. Emanuel, an expert on bioethics issues, has expressed his intention to refuse treatments that are not merely palliative once he turns 75. The arguments with which he tries to justify it are that increasing the length of life does not imply a parallel increase in the quality of life, that the limitations of living from that age also represent a burden for the family who, in addition, are left with the memory of a more deteriorated image of the person and, finally, that defining a moment in which no more treatments are received may be a way to face with lucidity the proximity of death, making it easier to reflect on the meaning of life. This stoic decision, which is presented to us as prudent and altruistic, can also be understood as a utilitarian attitude, since it values the person based on their capabilities, disproportionate to the clinical situation, since it does not consider the prognosis or suitability of possible treatments, and individualistic because it limits the assessment to the subjective perception and anticipated estimate of each one. Even so, the ideas that appear in the text are suggestive and would justify its use as a debate instrument in bioethics teaching programs.

1. Introducción

“La sociedad y las familias –y usted mismo– estarán mejor si la naturaleza sigue su curso sin demoras y con rapidez” (*society and families—and you—will be better off if nature takes its course swiftly and promptly*)¹. Este es el subtítulo del ensayo que publicó Ezekiel J. Emanuel hace ya más de diez años para explicar que el objetivo vital que él mismo se había planteado era morirse una vez que hubiera alcanzado los 75 años. Hasta el punto de que su intención era –y sigue siendo²— rechazar cualquier tratamiento preventivo o curativo cuando, dentro ya de pocos años, alcance esa edad.

Aunque esta idea puede parecer sorprendente, al profesor Emanuel no se le debería tomar a priori como alguien extravagante, raro o excéntrico. No se trata de un friqui; al contrario, es médico (oncólogo) y, desde su posición como profesor en la Universidad de Pensilvania, es una de las referencias mundiales en cuestiones de bioética y de política sanitaria. De hecho, son docenas las publicaciones suyas sobre estos temas que se pueden encontrar en las revistas médicas de mayor impacto —como *The New England Journal of Medicine*, *The Lancet* o *JAMA*, entre otras— en las últimas décadas.

Lo que Emanuel propone —lo que se propone a sí mismo— no es solicitar la eutanasia. Cuando explica su plan de rechazar tratamientos cuando cumpla los 75 años deja clara su oposición a la eutanasia y al suicidio asistido y explica los motivos³. Su objetivo tampoco es adelantar el fallecimiento rechazando voluntariamente nutrición e hidratación⁴. No se trata de inducir la muerte ni de provocarla. Sencillamente, a partir de una edad se opta por no prevenir ni tratar los problemas de salud que pudieran llevar a un fallecimiento⁵.

1 Emanuel, E.J. [Publicación en línea] «Why I Hope to Die at 75». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/10/why-i-hope-to-die-at-75/379329/>> [Consulta: 20/01/2024].

2 Rumbelow, H. [Publicación en línea] «The oncologist who will refuse all medical treatment after 75 (even for cancer)». The Times. 10-01-2023. <<https://www.thetimes.co.uk/article/zeke-emanuel-why-i-want-to-die-at-75-death-5fwmr99h5>> [Consulta: 20/01/2024].

3 Emanuel, *op.cit.*

4 Requena Meana, P., Andrade dos Santos, A.P. «Adelantar la muerte dejando de comer y beber ¿Un nuevo tipo de “suicidio asistido”?». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97): 257-268.

5 Stempsey, W.E. «A new stoic: the wise patient». *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2004; 29(4): 451-472

Emanuel presenta también lo que él entiende como el punto de referencia opuesto a su modo de pensar en lo que define como el “americano inmortal”, un término que pretende representar el paradigma de ciudadano del mundo occidental, obsesionado con el ejercicio físico y también mental (sudokus, crucigramas), que se esfuerza por observar una dieta estricta con zumos naturales y suplementos vitamínicos y proteicos para conseguir mantener la salud y alargar su vida. Este “americano inmortal” sería fácil de seducir por el sueño o la fantasía transhumanista de la medicina regenerativa, los trasplantes, los implantes y las prótesis funcionales y no desdeñaría convertirse en un ciborg con tal de esquivar la muerte y prolongar la vida todo lo posible⁶.

A pesar de que tanto en 2014⁷ como en 2023⁸ Emanuel se muestra firme en su propósito, tiene la prudencia de no asegurar cuál será finalmente su decisión cuando, en 2032, llegue a los 75 años. Aunque recuerda que *las excepciones son excepcionales*, deja abierta la posibilidad de que llegado el momento su actitud dependa de cómo se encuentre a los 75 y de la posibilidad de que llegue a esa edad límite en esa situación de salud inesperadamente buena de la que disfrutan los pocos que se salen de la norma⁹. Da la impresión de que es consciente de que las actitudes pueden cambiar y que es posible que, al ver los problemas de cerca, también su escala de valores se adapte a las circunstancias¹⁰.

2. ¿Por qué abandonarse a los 75?

Más allá de la perplejidad inicial, es importante intentar profundizar en qué ha podido llevar a alguien que manifiesta inquietudes no solo por su bienestar sino por el de la toda la sociedad a manifestar una actitud y así, de alguna manera, a plantearla como una referencia.

6 Emanuel, *op.cit.*

7 Ibíd.

8 Rumbelow, *op.cit.*

9 Ibíd.

10 Weeks, J.C., Cook, E.F., O'Day, S.J., et al. «Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences». *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(21): 1709-1714.

Los argumentos que aporta Emanuel son interesantes, sugerentes e incluso provocadores.

- No parece que se ha cumplido la expectativa, que sugería Fries en 1980¹¹, de prolongar la supervivencia y “comprimir” la duración de la morbilidad de modo que se pueda vivir más y que el deterioro se limite a la etapa final. Al contrario, la mayor longevidad se ha acompañado no de una disminución sino de un aumento de la discapacidad. Se vive más, sí, pero –salvo excepciones– con la edad se reducen las capacidades físicas y mentales y con ellas también las ambiciones y las expectativas. Adaptarse, “acomodarse”, a este deterioro se puede entender como una actitud de derrota y un modo de negar la realidad de la pérdida de funciones.
- Con los años pasamos a ser una carga emocional, financiera y de cuidados que puede ahogar a la familia, especialmente a los hijos. Y cuanto más longevos son los padres, mayor es también la edad de los hijos que asumen sus cuidados. Además, la imagen y el recuerdo que les dejamos cuando nos han tenido que ver en el declive de la vida es mucho más desagradable.
- Asumir que el final de la vida se encuentra a los 75 años (o a partir de esta edad) obliga a tener que darse cuenta de que esta vida va a tener un fin que hay que afrontar. Cuando a la muerte se le quitan las barreras es más fácil verse en la tesitura de buscar cuál es el sentido de la vida. Definir una fecha para abandonarse facilitaría una visión si no espiritual sí, al menos, trascendente de la vida e incluso de la existencia de dios y de sus consecuencias en nuestra vida. Y ayudaría a superar ese indiferentismo práctico ante las cuestiones que importan, tan propio de nuestra sociedad y de nuestro tiempo, que Emanuel describe como *agnosticismo*.

Estas ideas fundamentales se resumen en un tuit de Emanuel en la red social X: “La muerte es una pérdida, pero vivir demasiado también lo es. A la mayoría nos debilita y nos hace incapaces de ayudar a la sociedad. Se nos deja de recordar como personas vibrantes y comprometidas para hacerlo como débiles e ineficaces” (*Death is a loss but living too long is also a loss. It leaves most of us debilitated and unable to contribute to society. We are no longer remembered as being vibrant and engaged, but instead as feeble and ineffectual*). En resumen: vivir “demasiado” no es bueno porque nos aleja de nuestra imagen ideal ya que nos convierte en seres débiles e *inefícales* (es decir, a la vez, torpes e improductivos), con lo que pasamos de ser una ayuda a ser dependientes, y hace que dejemos un *mal recuerdo*.

3. Rechazo de los tratamientos

Lo que Emanuel (se) propone es un rechazo de los tratamientos, pero planificado en el tiempo de modo que se active no en función de una situación clínica sino de una edad concreta: “hasta esta fecha sí, a partir de entonces ya no”. Una vez superada esa fecha solo distingue entre las medidas sintomáticas paliativas (que son las que aceptaría) y las que no lo son. Decide, por tanto, de manera anticipada que ni siquiera se interesará en considerar la intensidad, los riesgos y la expectativa de beneficio de las posibles opciones terapéuticas –preventivas, curativas o “cronificadoras”– para ver si en su caso pudieran ser proporcionadas o desproporcionadas, ordinarias o extraordinarias. De hecho, manifiesta, por tanto, el mismo rechazo ante medidas preventivas que solo serían eficaces a medio o largo plazo, como una colonoscopia o una determinación de PSA, como ante otras de eficacia más inmediata, como la vacuna de la gripe. Por supuesto, se opone a recibir tratamiento en caso de padecer cáncer, patología cardíaca (descarta expresamente pruebas de esfuerzo, marcapasos, desfibrilador implantable, recambio valvular o baipás coronario) o una enfermedad pulmonar (en caso de agudización, solo aceptaría medidas sintomáticas que no supusieran ingreso). Y excluye el uso de ventiladores, diálisis y cualquier tipo cirugía, todo ello con orden expresa de no

¹¹ Fries, J.F. «Aging, natural death, and the compression of morbidity». *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 130-135.

recibir reanimación cardiopulmonar. Además, de manera muy concreta, rechaza también que se le administren antibióticos¹². Como reconoce el propio Emanuel, su familia le insiste para que se replantee esta actitud y que, al menos, acepte... vacunarse de la gripe¹³.

No hace referencia a si va a permitir que, llegado el momento, se le realicen estudios diagnósticos sencillos como una radiografía, una ecografía, una TAC o un análisis u otros más invasivos como una endoscopia y/o que se le practique una biopsia para confirmar o descartar un cáncer. Se puede presumir que los rechazaría, pero de este modo se perderían la información que aporta un diagnóstico y que, más allá de sugerir un tratamiento, ayuda a hacer una estimación tanto del pronóstico como de los posibles síntomas que podrían ir apareciendo y que se podrían no solo paliar sino, en ocasiones, incluso también prevenir con medidas poco agresivas.

Esto supone que Emanuel ha decidido, una vez alcanzados los 75 años, asumir únicamente una medicina casi pretecnológica con las capacidades terapéuticas de hace más de un siglo, a la espera de ese "final natural del anciano" que es como William Osler describía en el siglo XIX la neumonía. Una visión del final de la vida que recuerda el mito de los esquimales que, cuando les llegaba ese declive en las funciones que los llevaría a no valerse por sí mismos, se adentraban en la nieve o se los dejaba a la deriva sobre un iceberg donde acababan muriendo en silencio evitando ser una carga para su grupo. Pero en el caso de Emanuel este "dejarse ir en el iceberg" resulta algo planificado en el tiempo, previsto casi a fecha fija, en fusión de la edad y no de la situación funcional ni de las enfermedades que se pudieran padecer.

No se puede llamar suicidio, ni eutanasia, ni suicidio asistido a lo que no lo es. Lo que Emanuel propone se trata de una manifestación sobredimensionada de autonomía que lleva a decidir, más que la fecha de la muerte, la fecha en que de estoicamente se deja de luchar por la vida. Pero una actitud pasiva, de rechazo y evitación supone también una incertidumbre: ¿cuánto va a tardar

en llegar ese problema clínico severo –agudo, subagudo o crónico– que sea letal?, ¿se tratará finalmente de esa neumonía de evolución rápida?, ¿se manifestará como un problema agudo no infeccioso como un infarto o un ictus o un traumatismo?, ¿o serán las secuelas del infarto o del ictus o del traumatismo?, ¿o un cáncer que pueda tardar incluso años en dar metástasis?, ¿o tal vez una demencia, que es la enfermedad más temida por Emanuel (porque afecta no solo a las capacidades intelectuales sino a la propia imagen)¹⁴? Al decidir una fecha de *abandono* no se decide la fecha en que la persona deja de deteriorarse y de sufrir ni tampoco la fecha de la muerte, de modo que solo se concreta en qué momento se van a dejar de poner los medios que podrían combatir, evitar, retrasar o minimizar este deterioro.

Adaptar la actitud asistencial es una buena práctica que se lleva a cabo de manera progresiva y se adecua a las condiciones y las perspectivas del paciente. Es difícil de entender que se pueda plantear y defender como prefijado y brusco ("a fecha fija"), decidido al margen de estas circunstancias. Es como si el autor hubiera decidido que a partir de los 75 años se va a considerar a sí mismo como un enfermo terminal en situación de últimos días o, al menos, quiere ser tratado a efectos prácticos como tal. Y ha manifestado de manera anticipada su voluntad de rechazar tratamientos a partir de ese momento, sin que esta decisión dependa de cuál sea su estado de salud. A partir de esa edad solo va a aceptar una actitud minimalista y de cuidados porque todo lo demás, es decir, aquello que pudiera entenderse como dirigido a prolongar la vida, lo asume como desproporcionado y fútil. Pero en su caso el criterio de desproporción y futilidad es que pudiera llevarle a ser una carga para los demás y/o a tener que vivir su propio desgaste o deterioro.

Este proceso de razonamiento que ha seguido Emanuel tiene ciertas semejanzas con el que se exige en el anciano para poder hablar de "suicidio racional"¹⁵. Este "suicidio racional" se caracteriza por una situación de desesperanza/desesperación debida al deterioro de

12 Emanuel, *op.cit.*

13 Rumbelow, *op.cit.*

14 Ibid.

15 Richards, N. «Old age rational suicide». *Sociology Compass*. 2017; 11: e12456.

las funciones, por una decisión aparentemente libre como consecuencia de un proceso de consulta a especialistas y de valoración de alternativas, todo ello en un escenario de coherencia con los propios valores y teniendo en cuenta el impacto en terceros... La actitud de *autoexcluirse* por parte de Emanuel, a pesar de la desproporción con las circunstancias, intenta mantener cierta coherencia y transparencia para que no parezca un arrebato repentino, ni una postura desesperada o carente de fundamento.

4. Utilitarismo, altruismo e individualismo

Una decisión como la de Emanuel es la respuesta a una cuestión fundamental sobre la vida, la edad y las capacidades: “¿me compensa o no me compensa?”. Es decir, una pregunta de perfil individualista y utilitarista que hay que afrontar de acuerdo con los propios valores y expectativas. Y este dilema, este “ser o no ser”, es algo muy particular en que cada uno ejerce su autonomía para darle una respuesta.

En nuestro medio, las personas de 65 años o más registran cerca del 50% de los ingresos hospitalarios, lo que supone una probabilidad de ingreso al menos dos o cuatro veces mayor que en el resto de la población¹⁶, sin olvidar que se describe que hasta una de cada cuatro o cinco hospitalizaciones corresponde a enfermos en su último año de vida¹⁷ (un dato más evidente en personas de más edad). La edad influye tanto en la morbilidad como en la gravedad de los procesos y en la probabilidad de recuperación y, por tanto, también en el coste y la eficiencia de la atención sanitaria. Se podría decir que la edad aumenta el gasto, pero el impacto de este gasto está limitado por la propia edad de los pacientes... Así que la tentación de definir una edad límite como criterio de selección en algunas decisiones clínicas no es algo nuevo. En la crisis provocada por la pandemia COVID-19 se sugirió que la edad se entendiera como

criterio rígido y dicotómico en la asignación de recursos sanitarios. Desde esta perspectiva de puro edadismo se valoró que los pacientes de más de 80 años no deberían ingresar en UCI ya que se estimaba que no se iban a beneficiar y, a la vez, iban a ocupar una cama durante un tiempo –a veces muy prolongado– que podría bloquear la atención de otros enfermos que sí que pudieran aprovechar esta atención¹⁸. E incluso se sugirió que el sistema sanitario aceptara consumir recursos para favorecer la recuperación de la salud hasta una edad límite en que se supone que ya se ha vivido una vida suficiente (que pudiera estar en unos 70 años) de modo que a partir de ahí el sistema ya no consideraría una obligación ayudar a recuperar al paciente¹⁹.

Aunque el incremento en la edad de la población en sí no se traduce automáticamente en un aumento desproporcionado en el gasto sanitario, el impacto económico crece sensiblemente cuando al envejecimiento se le une la necesidad de intensificar las prestaciones sanitarias y asistenciales²⁰. Por este motivo, la planificación y la adecuación de la asistencia en las personas mayores es, desde hace tiempo, una *asignatura pendiente* del sistema sanitario. En 1987 se publicaba “*Setting limits: Medical goals in an aging society*”²¹, un libro que se reeditó en los años noventa añadiendo una respuesta a las críticas iniciales²² y que planteaba cuestiones que siguen vigentes en la propuesta de Emanuel: la asignación de los recursos, la atención y los cuidados adecuados en los ancianos, la posibilidad de limitar estos recursos o estos tratamientos en función de criterios como la edad, la reciprocidad y el compromiso entre las personas en diferentes edades, etc. Ya avanzaba la idea de William Osler, que no era nueva y que luego retomará Emanuel,

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística. [Publicación en línea] «Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2022». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EMH2022>>. [Consulta: 10/03/2025].

¹⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

¹⁸ Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, M.L., Flores Pérez, L.A. «Cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19 en España. Revisión sistemática». *Cuadernos de Bioética*. 2024; 35(113): 125-141.

¹⁹ Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.

²⁰ Fundació Víctor Grífols i Lucas. *Los fines de la Medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. N° 11, 2^a edición, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2007.

²¹ Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society*, New York, Simon and Shuster, 1987.

²² Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society with "A response to my critics"*, Washington, Georgetown University Press, 1995.

de que, en determinadas circunstancias, "se debería permitir que la neumonía fuera, de nuevo, "ese viejo amigo del hombre" (*Pneumonia should be allowed to become, once again, "the old man's friend"*). En este libro se habría a debate la posibilidad de limitar la tecnología dirigida a prolongar (artificialmente) la vida una vez alcanzada una edad en torno a los 80 años en pacientes frágiles, aunque se le siguiera dando más peso a la capacidad física y funcional que a la edad cronológica. Si entonces no era fácil dar una respuesta a estas cuestiones, pasado el tiempo seguimos en una situación parecida: las técnicas son más avanzadas y complejas (y, de ordinario, más caras) pero los problemas son los mismos y los fundamentos argumentales similares. En conjunto, es fácil reconocer que la edad es un factor que influye en la tolerancia y la eficacia de cualquier medida terapéutica o preventiva²³. Sin embargo, nunca se debería asumir la edad como un factor único que decide quién debe ser atendido y cómo²⁴.

Por otra parte, Emanuel opta por una actitud ante la muerte no solo estoica sino también "ecológica" ya que, a partir de cierta edad, opta por dejar que la naturaleza siga su curso, sin ayudarla y sin oponerse a ella. El motivo es que considera que no le va a resultar rentable luchar o esforzarse por vivir más. La decisión de abandonarse a los 75 años que (se) propone es una manifestación de *utilitarismo personal* –que responde a la cuestión de si *me compensa o no*– con una imagen de *utilitarismo altruista* ya que libera a los familiares cercanos de tener que verlo envejecer y de tener que desgastarse en los cuidados. Y, en esta línea, parece que aspira incluso a un perfil de *utilitarismo social* ya que parece que en la toma de decisiones también parece tener en cuenta en qué momento pasa a consumir más de lo que contribuye²⁵, aunque sin aclarar a quién o a quiénes afectaría esa contribución y ese consumo: ¿a la familia, a la sociedad, al medioambiente...?

²³ Herreros, B., Gella, P., Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.

²⁴ Faggioni M.P., González-Melado F.J., Di Pietro M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.

²⁵ Rumbelow, *op.cit.*

5. Miedo a la vulnerabilidad

El problema sobre cómo se debería afrontar el futuro no está en cómo vamos a menos con los años. El problema real es que cuando alguien se ha hecho una imagen de sí mismo, de lo que considera adecuado, de lo que le haría disfrutar y de cómo quiere verse y cómo quiere ser visto por los demás y la realidad no cumple unos mínimos predeterminados es demasiado fácil concluir que "no me compensa". Con otras palabras: el impacto de la vulnerabilidad no depende tanto de las limitaciones objetivas como de qué manera se afronten. Es comprensible que haya personas que no sean capaces de asumirlas y de integrarlas en su vida. Pero son muy comunes los casos que se caracterizan no tanto por aceptar como por adaptarse a la nueva situación²⁶ gracias a un cambio de prioridades que sucede de una manera natural²⁷. De hecho, Emanuel reconoce que su padre, a pesar de las limitaciones que sufrió tras padecer un infarto, decía que era "feliz". Lo acepta... pero evita entrar a considerar esa "paradoja de la discapacidad" (*disability paradox*)²⁸ que sucede en la vida de tantas personas y que expresa la posibilidad de adaptarse y de ser feliz también con limitaciones. Parece que él, a pesar de la experiencia de su padre y de una perspectiva que parece serena, se autoexcluye formalmente de esta alternativa y descarta la mera posibilidad de asumir y vivir el deterioro natural porque profetiza que le será imposible vivenciarlo de manera positiva.

Ich klage an es una película que se filmó en la Alemania de 1941, bajo el nazismo. Cuando la protagonista, joven y con toda la vida por delante, es diagnosticada de una enfermedad neurológica degenerativa e incurable lo que le dice a su marido –médico– es que quiere seguir siendo hasta el final la mujer que él conoce, sin tener que convertirse en alguien que se haya quedado "sorda,

²⁶ Pence, G.E. «Should I want to live to 100?». *Bioethics*. 2019; 33(7): 820-826

²⁷ Miró López, S., de la Calle Maldonado, C. «Dos formas de entender la vulnerabilidad: transhumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 149-158.

²⁸ Albrecht G.L., Devlieger P.J. «The disability paradox: High quality of life against all odds». *Social Science & Medicine*. 1999; 48(8): 977-988.

ciega” o que haya perdido las capacidades mentales²⁹. Y llegado el momento de mayor deterioro es su propio marido quien le practica la eutanasia. Esta película se diseñó como un instrumento emotivo que ayudara a justificar o a facilitar la aceptación social del programa T-4 de exterminio de personas con discapacidades físicas o mentales o enfermedades hereditarias. Llama la atención cómo pasados más de 80 años la discapacidad y la imagen le sigan valiendo a alguien como Emanuel, que no es partidario de la eutanasia, como argumento para justificar que pudiera haber vidas –también la suya– que a partir de cierta edad ya no compensarían y en las que estaría justificado tomar medidas –en este caso, por omisión– para evitar que se prolonguen antes de que vayan a peor.

La mayor parte de las críticas que ha recibido la postura de Emanuel, tanto en la literatura científica como en artículos de prensa^{30,31}, se basan en la evidencia de que es posible (y esperable) disfrutar más allá de los 75 años, incluso con limitaciones³², y en que una vida con estas limitaciones sigue teniendo valor. Aunque esto, para Emanuel, sería poco más que una felicidad acomodaticia³³, ya que puede ser de los que piensan que la muerte llega cunado en la vida ya no hay nada que esperar³⁴... Sin embargo, ni estos argumentos ni los de su propia familia le resultan útiles para romper una subjetividad impermeable y entender que en su caso pudieran ser suficientes para *aceptar seguir viviendo*³⁵.

29 Vermaat, J.A. «‘Euthanasia’ in the Third Reich: lessons for today?». *Ethics & Medicine*. 2002 Spring; 18(1): 21-32.

30 Armstrong, A. [Publicación en línea] «Unlike Ezekiel Emanuel, I Hope Not to Die at 75». The Objective Standard, 21-09-2014. <<https://theobjectivestandard.com/2014/09/unlike-ezekiel-emanuel-hope-die-75/>> [Consulta: 30/09/2024].

31 Ilitzik, M. [Publicación en línea] «Why Ezekiel Emanuel is wrong to ‘hope’ for death at 75». Los Angeles Times. 16-10-2014. <<https://www.latimes.com/business/hiltzik/la-fi-mh-why-zeke-emanuel-is-wrong-20141015-column.html>> [Consulta: 24/10/2024].

32 Wareham, C.S. «Between hoping to die and longing to live longer». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43, 40

33 Robson, D. [Publicación en línea] «Why I want to die at 75». BBC Future. 21-10-2014. <<https://www.bbc.com/future/article/20141021-why-i-want-to-die-at-75>> [Consulta: 24/01/2024].

34 Zivot, J. [Publicación en línea] «Would you refuse all medical interventions after age 75? A closer look at the mathematics of aging». MedPage Today. 07-03-2023. <<https://www.medpagetoday.com/opinion/unchartedterritory/103426>> [Consulta: 24/10/2024].

35 Faria, M.A. «Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel’s 75 age limit». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 35.

Por otra parte, para Emanuel es fundamental también la memoria, el recuerdo que se pueda dejar: “Nos gustaría que nuestros hijos nos recordaran en nuestro mejor momento: activos, fuertes, comprometidos, animosos, listos, entusiastas, divertidos, cálidos, cariñosos... No encorvados y lentos, desmemoriados y reiterativos, preguntando cada poco *¿qué ha dicho?* Queremos que se nos recuerde como personas independientes y no como alguien a quien hay que soportar como una carga”³⁶. No es de extrañar, por tanto, que la enfermedad que más rechazo le genere sea la demencia³⁷. Es duro que un familiar con demencia no te reconozca, pero para Emanuel resulta más duro que alguien cercano pudiera, con el tiempo, no reconocer en él a la persona activa, entretenida, aguda, eficaz... que fue hace unos años. Puede resultar paradójico que alguien que, con buena lógica, critica el *mito* del “americano inmortal” genere, sin embargo, otro *mito* no menos criticable: el del “recuerdo ideal”. Solo admite que se le recuerde como alguien fuerte, autónomo, vibrante, comprometido... Un mito que entiende que una vida plena supone dejar una memoria inmaculada no solo en los logros a lo largo de la vida, sino en la imagen y la capacidad física y mental en los últimos años. Dejar una memoria de vulnerabilidad sería casi como una ofensa a las siguientes generaciones que solo considerarían válido y digno de recuerdo y ejemplo (no explica por qué) una imagen mítica de perfección física y mental constante a lo largo de la vida y mantenida también en los últimos años.

Da la impresión de que, más allá de una actitud estoica, el problema es que la expectativa existencial que nos sugiere Emanuel está demasiado idealizada. De modo que a partir de los 75 años solo estaría dispuesto a apostar a “todo o nada”, es decir, a vivir con todas las capacidades físicas y mentales o a dejar de luchar para seguir viviendo, porque cualquier pérdida respecto a su situación basal ideal sería intolerable. Con buen criterio se ha sugerido que esta actitud está marcada por lo que se ha llamado el “sesgo de la madurez” (*midlife bias*³⁸)

36 Emanuel, *op.cit.*

37 Rumbelow, *op.cit.*

38 Jecker, N.S. *Ending midlife bias: new values for old age*, Oxford University Press, Oxford, 2020.

que hace que se tomen como referencia los valores y los criterios de la madurez, de la edad media de la vida, a la hora de hacer cualquier tipo de estimación referida a otras edades. Este sesgo lleva a que el criterio de lo que considero que voy a valorar, a querer y a decidir más delante –también alcanzados esos 75 años– venga determinado por la experiencia, la perspectiva y las expectativas del que ha alcanzado la madurez física y mental³⁹ y no de la persona que ha alcanzado la ancianidad y con ella no solo “la sabiduría de los años” sino la vivencia de tener que adaptarse a las circunstancias y a las limitaciones.

6. El valor de cuidar y de ser cuidado.

No son deseables ni una *gerontocracia* ni una *gerontología*. Igual que el papel de los ancianos no debería ser tanto dirigir sino orientar desde la experiencia, tampoco deberían esperar que la sociedad se inclinase de manera sumisa a su paso aguardando a oír de ellos palabras de sabiduría. Pero tampoco tendría sentido considerar –desde el individualismo y el utilitarismo– que la atención de las personas mayores agota la energía y la paciencia del que cuida y reduce la dignidad del que recibe los cuidados⁴⁰. Este aparente desprecio o, al menos, infravaloración de la vulnerabilidad y del cuidado es el resultado de un sesgo cognitivo que tan solo tiene en cuenta el esfuerzo y el desgaste que supone atender al que padece limitaciones. De esta manera se deja al margen el valor –la dignidad– de la persona, también de la persona deteriorada, dependiente o demenciada, y el valor del cuidado no solo para el que lo recibe sino también para el cuidador. Se podría afirmar que la crisis de valor de los cuidados es doble: por una parte, la sociedad los puede menospreciar en un escenario de sanidad tecnológica y eficiente, pero, por otra, es posible que sea el propio individuo que recibe estos cuidados –como parece que es el caso de Emanuel– el que se sienta (o el prevé que se va a sentir) menos persona, menos sujeto de dignidad esencial e inalienable.

En la distopía que describe Aldous Huxley en “Un mundo feliz” (*Brave new world*) a las personas no se las deja envejecer: no hay sitio para los que van perdiendo facultades. Cuando en torno a los 60 ya no se puede seguir luchando por evitar que “se les note la edad” se les remite a hospitales donde se les distrae para que mueran sin sufrimientos⁴¹. En un *mundo feliz* la parte material, sujeta al desgaste, al paso de los años y al deterioro, se considera inferior: el valor del individuo dependería solo de sus capacidades intelectuales, de sus habilidades, de su buena imagen. Lo material, acercarse al cuerpo, a la limitación, al cuidado estaría por debajo de lo que cabría esperar de un miembro de la sociedad “vibrante y comprometido”. Despreciar el cuidado se puede entender incluso como una especie de *neognosticismo*: subjetivista, elitista; ajeno a lo material y, con ello, a las imperfecciones, a los defectos, a la debilidad y al deterioro del cuerpo, que aumentan con la edad...

Incluso en esta actitud se puede intuir un cierto “sesgo de la madurez”. Verse en la plenitud de la vida, lleno de capacidades y de fama –como es el caso de un autor de referencia como Emanuel– hace que se desprecien las demás situaciones que pueden darse en la vida en que los estándares se prevén inferiores. Y que se desprecie también la posibilidad de *tener que ser* atendido, de que la propia vulnerabilidad se haga evidente en esos cuidados que pueden llegar a ser necesarios. Este cuidado no se ve como un valor propio de la relación de ayuda entre seres humanos sino como una evidencia y una consecuencia de esa pérdida de imagen que tanto rechazo le genera.

7. ¿Un ejemplo a seguir?

Las premisas iniciales que propone Emanuel son reales. Vivir más no quiere decir que todo lo que se añade en tiempo se gane también en calidad de vida. En el mundo occidental se estima que una persona que llega a los 65 años tiene por delante, de promedio, otros veinte. Y es en la segunda mitad de estos veinte donde se harán

39 Wareham, *op.cit.*

40 Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327.

41 Linett, M. «“No country for old men”: Huxley’s Brave New World and the value of old age». *Journal of Medical Humanities*. 2019; 40: 395-415.

más evidentes el deterioro y los procesos crónicos. Así que se podría decir que sería (en torno) a los 75 años cuando se empezaría a sufrir, a pasarlo mal⁴². Se podría decir que, como resultado del aumento de la expectativa de vida, serán muchos los ciudadanos que podrán alcanzar edades (muy) avanzadas, pero con unas condiciones vitales limitadas⁴³. Abandonarse a los 75 años sería la alternativa a tener que vivir cómo uno se va viendo vencido por esa limitación lenta y progresiva de la actividad y de las expectativas que impone el hacerse mayor. Y también una manera de no ser una carga para la familia (cuanto mayor es la edad de quien precisa cuidados, mayor es también la edad del familiar que lo cuida) y de que esta familia conserve una imagen de su padre, de su abuelo, como alguien inteligente, autónomo, dinámico... Igualmente, la conciencia de superar una "fecha tope" podría ser un aviso que ayude a que la etapa final de la vida se entienda desde otra perspectiva y se viva con mayor trascendencia.

Y también tiene mucho de realidad el paradigma del "americano inmortal" (que nosotros podríamos trasladar al "europeo inmortal" o, en general, el "occidental inmortal"), aunque no sea algo universal y se pueda prestar a más de una interpretación⁴⁴. En nuestro medio una persona de más de 70 años se percibe a sí misma como con unos diez años menos⁴⁵. Así que no es solo que nos sintamos jóvenes, sino que, además, no asumimos que habrá que dejar de serlo. No vivimos con conciencia de contingencia, de limitación: hizo falta una pandemia para que la sociedad volviera a tener percepción, durante un tiempo, de su propia debilidad⁴⁶ y, aun así, lo olvidamos pronto. En nuestra época ni el individuo piensa en la muerte ni la sociedad habla de la muerte: el individuo la niega, la sociedad la oculta y la medicina

la combate con todos los medios y hasta el último momento. Se ha perdido esa sana "ecología" de la muerte que permite entenderla y afrontarla como algo natural, propio de todo ser vivo.

Es en este escenario en el que hay que valorar la propuesta de Emanuel. Formalmente lo que hace es divulgar una determinación subjetiva, una elección personal que no debería tener más impacto fuera del interesado y que, por supuesto, sin intención de cambiar la política sanitaria. Sin embargo, es fácil sospechar que lo que pretende es generar una discusión dentro de la sociedad sobre una cuestión que es cada día más relevante en la medida en que la pirámide poblacional cambia. No se trata de un documento confidencial de voluntades anticipadas que ha decidido confiar a su familia con la etiqueta de "solo abrir cuando cumpla los 75 años". Al contrario, esta idea no se trata como algo meramente privado, sino que se presenta no ya como una publicación científica dirigida de manera específica a profesionales de la salud o de la bioética, sino en un magacín online, *The Atlantic*, dirigido al público en general. De este modo ha optado por abrir un debate público en que presenta (y defiende) una postura radical con la sugerencia que aparece en el subtítulo: "la sociedad y las familias –y usted mismo– estarán mejor si la naturaleza sigue su curso sin demoras y con rapidez"⁴⁷.

Que Emanuel decida que a partir de los 75 años se *autodescarta*: para la vida, para la familia y para la sociedad, podría llevar a tomar este *autodescarte* como una referencia de lo "políticamente correcto" y de lo que debería ser el lema del buen ciudadano solidario^{48,49}: "a los 75 años déjalo ya, no fuerces". Esta actitud recuerda el argumento de la película "Plan 75" que dibuja un futuro distópico pero cercano en que el gobierno japonés, ante el problema de tener que atender a una población envejecida (e improductiva), diseña un programa que facilita que los ancianos decidan libremente terminar con su vida, con un apoyo económico (mil dólares) para gastar antes de morir. De modo que la sociedad tendría menos cargas, más dinero y más juventud. Entender el

42 Rumbelow, *op.cit.*

43 Butler, R.N. *Why survive? Being old in America*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.

44 Faria, M.A. «Longevity and compression of morbidity from a neuroscience perspective: Do we have a duty to die by a certain age?». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 49.

45 Vivaz. [Publicación en línea]. «Edad cronológica vs. edad real ¿qué edad creen que tienen los españoles?». 22-11-2021. <https://www.vivaz.com/doc/sala-prensa/Estudio_edad_cronologica_vs_edad_real.pdf> [Consulta: 10/03/2025].

46 Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-49.

47 Emanuel, *op.cit.*

48 Stempsey, *op.cit.*

49 Pence, *op.cit.*

autodescartere como un valor social supondría una presión psicológica hacia los mayores que los podría llevar –para evitar daños a sus familiares, para mantener el sistema y el medio ambiente, para no gastar más de lo que aportan– a no exigir lo que en justicia les correspondería⁵⁰. Y deja abierta la puerta a que se genere una “obligación moral de morir” (*“a duty to die”*)⁵¹: “¿para qué vivir más allá de una edad funcional si ya no compensa y, además, nos hacemos gravosos a la familia y a la sociedad?”. En un escenario así, *vivir demasiado* sería una muestra de egoísmo, de valorarse en exceso, de no darse cuenta del propio deterioro. Aunque la actitud de descarte de Emanuel es pasiva (no toma medidas activas contra sí mismo), si se llegara a difundir en la sociedad, el paso a la distopía del “Plan 75” no estaría tan lejano. Si a alguien que asumiera que a partir de los 75 años ya “no le compensa”, a la vez, se le estimulara para que no tuviera que aguardar a que la naturaleza siguiera su curso, lo que pasaría es que se estaría abriendo una puerta a que el sistema asumiera la función de acelerar el fallecimiento para abbreviar esta espera.

Desde otro punto de vista, lo que pudiera ser incluso una actitud casi profética por parte de Emanuel –por su capacidad de confrontar la negación del envejecimiento y la muerte, por recordar que es preciso asumirlas y buscarse un sentido a la vida– queda limitada no solo por la actitud utilitarista sino por la rigidez del planteamiento. Emanuel puede intentar presentarse como un *justo medio* entre posturas extremas como la eutanasia *social* (del “Plan 75”) y la ceguera de futuro del “americano inmortal”. Pero, de hecho, lo que ofrece es un nuevo curso de acción extremo, por lo menos en lo que se refiere a él mismo, que parece tender a minimizar tanto el valor de los cuidados como el de la propia vida que no cumple todas las expectativas y que es incapaz de adaptarse a las limitaciones que acompañan al cumplir años. Pero la propuesta extrema, radical, queda un poco disfrazada, suavizada en su apariencia, por la actitud de pasividad y por tratarse de una decisión meramente individual⁵². No hay que entender, por tanto, la propuesta de Ema-

nuel como el justo medio. El “*in medio virtus*” del que hablaban los clásicos se aleja tanto de la eutanasia y de la búsqueda de la inmortalidad como del abandonarse pasivamente a la muerte a fecha fija⁵³. Pero también se aleja de la actitud de Emanuel de omitir cualquier tipo de tratamiento que no sea meramente paliativo a fecha fija y con independencia de la situación clínica y de las posibles expectativas razonables que pudieran darse en ese momento.

Tal vez esta sobreactuación de Emanuel que nos confía su plan para cuando cumpla los 75 años no busque tanto que lo tomemos como una referencia a imitar –algo que no parece que haya sucedido, al menos, de momento– como desafiarnos. Y este desafío podría ser el de hacer que cada uno despierte del letargo y de la intrascendencia y descubra, ya desde ahora, cuál debería ser su propio “curso de acción”, es decir, cómo debería afrontar y vivir ese declive que es probable que cada cual tenga que asumir a partir de los 75 años. En esta línea, más allá de esa actitud utilitarista e individualista, el planteamiento y la originalidad de la decisión de Emanuel pueden ser útiles como material de reflexión y deliberación en la docencia de la bioética. La agudeza de los argumentos de una postura que rompe de manera provocativa con la manera tradicional de pensar, la crítica del mito contemporáneo de la inmortalidad o la sugerencia de abrir la posibilidad de pensar en cuál es el sentido vida ante la evidencia de la muerte, son un buen material para poder emplearlo en un debate que puede resultar no solo didáctico sino enriquecedor.

8. Conclusión

El profesor Emanuel nos manifiesta su intención de rechazar, una vez cumpla de los 75 años, todos los tratamientos que no sean meramente sintomáticos o paliativos. Los argumentos serían que aumentar el tiempo de vida no supone un aumento paralelo de la calidad de vida, que vivir a partir de esa edad no solo resultaría una carga para los familiares, sino que haría que se pudieran quedar con una imagen más deteriorada de la persona. Además, sería una manera de tener que afrontar con

50 Rueda, *op. cit.*

51 Faria, *op. cit.*

52 Pence, *op. cit.*

53 Miró, el al., *op. cit.*

lucidez la cercanía de la muerte y de tener que considerar sobre el sentido de la vida. Esta actitud que se nos presenta como prudente y altruista se puede entender también como una medida utilitarista, ya que identifica el valor de la persona con su funcionalidad, y también desproporcionada a la situación clínica, ya que se toma de una manera anticipada y con los valores propios de otro momento de la vida, sin conocer cuál será la realidad y sin tener en cuenta el pronóstico ni la adecuación de las posibles medidas que se pudieran adoptar. Además, se trata de una actitud individualista que se limita a tener en cuenta los propios intereses desde una percepción subjetiva. Aun así, la originalidad de las ideas justifica que el texto se pueda emplear como material de debate en programas de docencia de bioética.

Referencias

- Albrecht G.L., Devlieger P.J. «The disability paradox: High quality of life against all odds». *Social Science & Medicine*. 1999; 48(8): 977-988.
- Armstrong, A. [Publicación en línea] «Unlike Ezekiel Emanuel, I Hope Not to Die at 75». The Objective Standard, 21-09-2014. <<https://theobjectivestandard.com/2014/09/unlike-ezekiel-emmanuel-hope-die-75/>> [Consulta: 30/09/2024].
- Barón, F., Sanz, A. «Cuidar y asistir: ¿hijos de un dios menor?». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(106): 321-327.
- Butler, R.N. *Why survive? Being old in America*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2003.
- Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society*, New York, Simon and Shuster, 1987.
- Callahan, D. *Setting limits: Medical goals in an aging society with "A response to my critics"*, Washington, Georgetown University Press, 1995.
- Emanuel, E.J. [Publicación en línea] «Why I Hope to Die at 75». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/10/why-i-hope-to-die-at-75/379329/>> [Consulta: 20/01/2024].
- Faggioni M.P., González-Melado F.J., Di Pietro M.L. «National Health System cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications». *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: 300-307.
- Faria, M.A. «Bioethics and why I hope to live beyond age 75 attaining wisdom!: A rebuttal to Dr. Ezekiel Emanuel's 75 age limit». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 35.
- Faria, M.A. «Longevity and compression of morbidity from a neuroscience perspective: Do we have a duty to die by a certain age?». *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 49.
- Fries, J.F. «Aging, natural death, and the compression of morbidity». *The New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 130-135.
- Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la Medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Nº 11, 2ª edición, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, 2007.
- Herreros, B., Gella, P., Real de Asua, D. «Triage during the COVID-19 epidemic in Spain: better and worse ethical arguments». *Journal of Medical Ethics*. 2020; 46(7): 455-458.
- Iltzik, M. [Publicación en línea] «Why Ezekiel Emanuel is wrong to 'hope' for death at 75». Los Angeles Times. 16-10-2014. <<https://www.latimes.com/business/hiltzik/la-fi-mh-why-zeke-emmanuel-is-wrong-20141015-column.html>> [Consulta: 24/10/2024].
- Instituto Nacional de Estadística. [Publicación en línea] «Encuesta de morbilidad hospitalaria. Año 2022». The Atlantic. Octubre 2014. <<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EMH2022>>. [Consulta: 10/03/2025].
- Jecker, N.S. *Ending midlife bias: new values for old age*, Oxford University Press, Oxford, 2020.
- Linett, M. «"No country for old men": Huxley's Brave New World and the value of old age». *Journal of Medical Humanities*. 2019; 40: 395-415.
- Marcos, A. «Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana». *Cuadernos de Bioética*. 2020; 31(102): 139-49.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.

- Miró López, S., de la Calle Maldonado, C. «Dos formas de entender la vulnerabilidad: transhumanismo de Bostrom y antropología centrada en la persona». *Cuadernos de Bioética*. 2021; 32(105): 149-158.
- Pence, G.E. «Should I want to live to 100?». *Bioethics*. 2019; 33(7): 820-826.
- Requena Meana, P., Andrade dos Santos, A.P. «Adelantar la muerte dejando de comer y beber ¿Un nuevo tipo de "suicidio asistido"?». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(97): 257-268.
- Richards, N. «Old age rational suicide». *Sociology Compass*. 2017; 11: e12456.
- Robson, D. [Publicación en línea] «Why I want to die at 75». BBC Future. 21-10-2014. <<https://www.bbc.com/future/article/20141021-why-i-want-to-die-at-75>> [Consulta: 24/01/2024].
- Rueda, J. «Ageism in the COVID-19 pandemic: age-based discrimination in triage decisions and beyond». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43(3): 91.
- Rumbelow, H. [Publicación en línea] «The oncologist who will refuse all medical treatment after 75 (even for cancer)». The Times. 10-01-2023. <<https://www.thetimes.co.uk/article/zeke-emanuel-why-i-want-to-die-at-75-death-5fwmr99h5>> [Consulta: 20/01/2024].
- Sanz Rubiales, A., del Valle Rivero, M.L., Flores Pérez, L.A. «Cuestiones bioéticas de la pandemia COVID-19 en España. Revisión sistemática». *Cuadernos de Bioética*. 2024; 35 (113): 125-141.
- Stempsey, W.E. «A new stoic: the wise patient». *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2004; 29(4): 451-472.
- Vivaz. [Publicación en línea] «Edad cronológica vs. edad real ¿qué edad creen que tienen los españoles?». 22-11-2021. <https://www.vivaz.com/doc/sala-prensa/Estudio_edad_cronologica_vs_edad_real.pdf> [Consulta: 10/03/2025].
- Vermaat, J.A. «Euthanasia' in the Third Reich: lessons for today?». *Ethics & Medicine*. 2002 Spring; 18(1): 21-32.
- Wareham, C.S. «Between hoping to die and longing to live longer». *History and Philosophy of the Life Sciences*. 2021; 43, 40.
- Weeks, J.C., Cook, E.F., O'Day, S.J., et al. «Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences». *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279(21): 1709-1714.
- Zivot, J. [Publicación en línea] «Would you refuse all medical interventions after age 75? A closer look at the mathematics of aging». Medpage Today. 07-03-2023. <<https://www.medpagetoday.com/opinion/unchartedterritory/103426>> [Consulta: 24/10/2024].